

**DOSSIER DE CANDIDATURE ET DE  
POSITIONNEMENT PREALABLE**

**2024**

A retourner à :  
**EXCLUSIVEMENT PAR MAIL**

**[master@stho.org](mailto:master@stho.org)**

Mettre sur cet  
emplacement  
une photo

**En format  
JPG ou  
l'envoyer en  
fichier joint**

**NOM – PRENOM :**

**Date de promotion choisie :** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Merci de remplir précisément chacune des rubriques**

**Directeur/trice d'Organisations sociales – DOS –**

**Niveau 7 En partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)**

**Master 2** Sciences Humaines et Sociales

**Mention** Intervention et Développement social – IDS

**Parcours** Directeur/trice d'Organisation Sociale – DOS

**Directeur/trice d'Organisations Sociales –DOS**

**Niveau 6 - En partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)**

**Certification inscrite au RNCP (en cours de renouvellement)**

**Master 1** Sciences humaines et sociales

**Mention** Intervention et Développement social

**Parcours** Directeur/trice d'Organisation Sociale – DOS niveau 6

STHO - UPEC - Formation dans les locaux de STHO à Paris et de l'UPEC

Version allégée pour les titulaires du CAFERUIS

**Cadre Coordonnateur de parcours et de projets – Niveau 6**

**En partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)**

**Master 1 Sciences humaines et Sociales**

**Mention** Intervention et Développement social

**Parcours** Directeur/trice d'Organisation Sociale – DOS niveau 6

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### Parcours demandé

- DOS - MASTER 1                       Parcours complet                       Parcours allégé
- CADRE-COORDONNATEUR - MASTER 1
- DOS - MASTER 2

### Pièces à joindre au dossier

- Une photo supplémentaire en format JPEG
- Un curriculum vitae détaillé
- Photocopies des diplômes les plus élevés
- Certificat de travail du dernier employeur
- Photocopie de la pièce d'identité

### Identification du stagiaire

Madame/Monsieur - Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Lieu et département de naissance : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_/\_\_\_ )

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_\_\_\_ E. Mail personnel : \_\_\_\_\_

Emploi occupé lors de l'entrée en formation : \_\_\_\_\_

## Identification de l'employeur

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Type d'établissement ou de service : \_\_\_\_\_

Population accueillie : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. de l'établissement : \_\_\_\_\_ E. mail de l'établissement : \_\_\_\_\_

Contact formation (suivi du dossier) : Nom / Tél / Mail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Modalités financières

Merci d'indiquer le mode de prise en charge prévu pour le financement de la formation

MODE DE PRISE EN CHARGE	MONTANT MOBILISE
<input type="checkbox"/> <b>PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES</b>  <b>Nom de l'établissement financeur :</b> (Si différent de l'établissement du stagiaire)  Adresse :  Contact :  Téléphone :                      Mail :	(Joindre l'attestation ci-dessous complétée par l'employeur)

<input type="checkbox"/> <b>PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE</b> Région de référence transition pro : Numéro de dossier : Nom et coordonnées du contact	( joindre justificatif )
<input type="checkbox"/> <b>COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)</b> Numéro de dossier :	( indiquez le montant )
<input type="checkbox"/> <b>AUTO - FINANCEMENT</b> <input type="checkbox"/> <b>Total</b> <input type="checkbox"/> <b>Partiel</b> Un échancier peut être mis en place avec le stagiaire sur demande.	( indiquez le montant )

### Attestation de prise en charge financière -A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) Mme/Mr \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

atteste la prise en charge des frais de formation de :

Mme/Mr \_\_\_\_\_

pour un montant de \_\_\_\_\_ €

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet de l'employeur :

# DOSSIER DE POSITIONNEMENT PRÉALABLE

## Fonction actuelle

Décrivez le plus précisément possible la nature des différentes activités et missions que vous effectuez dans le cadre de votre fonction actuelle

Quelles sont vos motivations pour intégrer cette formation

**Dans le cas d'une demande d'allègement ou de dispense, merci de préciser vos compétences et/ou diplôme justifiant votre demande.**

*POUR RAPPEL : La dispense entraîne la validation du domaine ou d'une partie des compétences correspondant sans avoir à passer les épreuves de certification s'y rapportant*

*L'allègement permet de diminuer la durée de formation du domaine de compétence concerné, mais ne dispense pas des épreuves de certification*

Cette formation pouvant être réalisée en partenariat, j'accepte que mes données soient communiquées aux partenaires.

Fait à :

Le

Signature du stagiaire :

# ANALYSE DU PARCOURS PROFESSIONNEL

Partie réservée à STHO et remplie conjointement avec le stagiaire lors de l'entretien de positionnement préalable.

**Adéquation avec les prérequis (Cf plaquette de présentation de la formation :**

**Expériences professionnelles ou extraprofessionnelles en lien avec le métier ou la fonction visé(e) :**

**Compétences acquises transférables :**

**Compétences à acquérir/renforcer :**

**Informations complémentaires (*Travaux personnels : publications –Etudes-Enquêtes...*)**

**Commentaires :**

## RESULTAT

- Date de l'entretien et/ou de la commission de sélection :**
- Admis en formation**
  - Version complète     version allégée
- Admis sous conditions suivantes** (formations complémentaires, stage...) :
- Admis sous réserve de validation par la commission VAP de l'université**
- Non Admis** (précisez les raisons) :
- Orientation vers le parcours VAE**

**Bilan réalisé le :**

**Par : Nom, prénom :**

**Fonction :**

**stho.org**

42-44 rue de Romainville, 75019 Paris | 01 42 88 80 80 / Association Loi 1901 | N° Siret 784 662 736 00031 | Code APE 8559B